

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 72

LA
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE
CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André-Louis-Marie-François PIERRON

Né, le 11 octobre 1890, à Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1919

LA
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE
CHEZ LE VIEILLARD

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIÉRRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales	BERARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	WEILL
Clinique des maladies des enfants.	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.	MOREAU
Matière médicale et Botanique.	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	X...
Anatomie	POLICARD
Anatomie générale et Histologie.	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.	PAVIOT
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	X..., —
Déontologie et médecine professionnelle	X..., —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	PRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	des fonctions.
VORON	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
NOGIER	CADE	PIÉRY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, *Président* ; LÉPINE, *Assesseur* ;
MM. PIÉRY, et FROMENT, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 72

LA
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE
CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André-Louis-Marie-François PIERRON

Né, le 11 octobre 1890, à Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1919

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Professeur de thérapeutique à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous le remercions de l'honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux.

A mes Maîtres

**de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de la Faculté de Lyon.**

INTRODUCTION

La théorie classique distingue trois variétés de méningites : la méningite tuberculeuse, la méningite aiguë et la méningite cérébro-spinale. Ces différentes appellations ne nous semblent pas répondre à la réalité du processus pathologique, dont l'inflammation des méninges ne constitue qu'une partie. L'encéphale et la moelle sont toujours plus ou moins intéressés ; ce sont ces modifications qu'ils subissent qui, en dernière analyse, jouent un rôle important dans la genèse des manifestations symptomatiques ; à elle seule, l'encéphalite pure peut produire le symptôme méningé (Huguenin, Erb, Schultz). Aussi bien, quand on parle de méningite, faut-il entendre d'une façon plus exacte, quelle que soit la variété que l'on ait en vue, une méningo-encéphalo-myélite ou méningite cérébro-spinale, avec cette réserve toutefois que, suivant les cas, ce sont tantôt les méninges craniennes et rachidiennes, tantôt l'écorce, tantôt la moelle qui sont touchées de façon prédominante.

Ici, nous aurons en vue la méningite cérébro-spinale causée par le méningocoque, et nous l'étu-

dierons exclusivement chez l'individu ayant dépassé soixante ans.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à remercier tout particulièrement M. le D^r BONNAMOUR, qui nous suggéra l'idée de cette thèse et mit à notre disposition les résultats de ses travaux. Ses conseils éclairés nous furent du plus précieux secours pour mener à bien ce modeste travail ; qu'il veuille bien accepter l'hommage de nos sentiments reconnaissants.

LA

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

CHEZ LE VIEILLARD

ÉTIOLOGIE

La méningite cérébro-spinale chez le vieillard peut exister soit à l'état épidémique, soit à l'état endémique, se révélant par des faits isolés et sporadiques.

Mis en évidence par Netter et Debré, par les cliniciens allemands (Frentzel, Hersch), ces cas sporadiques doivent être retenus avec beaucoup d'attention ; non seulement parce que la méningite peut reprendre d'un moment à l'autre son caractère épidémique et que ces cas sont aussi graves que les autres pour l'entourage et le reste de la population, mais surtout parce que, chez le sujet âgé, les statistiques nous prouvent que ce sont de beaucoup les cas les plus fréquents.

A l'état épidémique, la maladie s'étend en formant des foyers ou des centres dans lesquels la population est fortement touchée, alors que les régions voisines

sont tout à fait indemnes. Elle procède pour ainsi dire par bonds, se montrant capricieuse et affectant une élection qu'il est bien difficile d'expliquer.

Fréquence. — L'examen des statistiques dressées au cours des différentes épidémies et celles de la mortalité dans les grandes villes montre que la méningite cérébro-spinale est une maladie particulièrement spéciale à la jeunesse et à l'enfance.

Sur les 111 cas examinés par Leichtenstern dans l'épidémie de 1885, il n'en note que 1 chez un vieillard.

A Munich, sur les 83 cas de la période 1886-1892, Reiche n'en trouve que 3 chez des individus au delà de soixante ans.

Councilmann, Mallory, Wright n'en relatent pas un cas dans l'épidémie de Boston de 1898 (111 cas examinés).

Dans les 183 cas observés par Dow pendant l'épidémie de Glasgow, 1906-1907, il n'y avait pas un vieillard.

Richtie en a noté 1 cas chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans.

Au cours de l'année 1905, à New-York, sur 66 cas, Billings n'en a noté que 1 chez un individu de soixante-huit ans.

Netter et Debré n'en signalent que 1 cas entre soixante et soixante-dix ans sur 141 examinés.

Les statistiques de la ville de Hambourg n'en enregistrent que 2 cas, sur 114, chez des vieillards.

Liegnetz, dans la grande épidémie de Silésie de

1905, sur 3.153 malades, n'en note que 2 cas au-dessus de soixante ans et fixe la statistique chez le vieillard à 0,3 pour 100 des cas.

D'après Flatten, au cours de la même épidémie, il y aurait eu 11 cas de cinquante à soixante ans, 5 cas de soixante à soixante-dix, 2 au delà de soixante-dix ans, ce qui fait 0,6 pour 100 des cas au delà de cinquante ans.

Le pourcentage cité par Netter dans l'Etat des Massachusetts de 1887 à 1895 serait beaucoup plus élevé : 3,9 pour 100. Les cas se répartissent ainsi :

De 0 à 1 an	316 cas
De 1 à 2 ans	146 —
De 2 à 3 ans	99 —
De 3 à 4 ans	77 —
De 4 à 5 ans	38 —
De 5 à 10 ans	132 —
De 15 à 20 ans	61 —
De 20 à 60 ans	186 —
Plus de 60 ans	43 —
Total.	1.179 cas

Mais, et nous allons y revenir longuement, il nous faut préciser tout de suite que ces chiffres doivent être considérés comme un minimum, les formes atypiques et frustes de la maladie dans la vieillesse laissant probablement beaucoup de cas ignorés.

Jusqu'alors il semble que c'est à l'étranger, surtout en Allemagne, que l'on s'est occupé de la question. En France, Rozier, dans son *Traité des maladies des vieillards*, n'en fait pas mention, et seuls Pic et Bonnamour, dans leur *Précis des maladies des vieil-*

lards, ont consacré un chapitre à l'étude de la méningite cérébro-spinale du vieillard.

Causes prédisposantes. — Elles sont beaucoup moindres que chez les jeunes sujets, le jeune âge étant un élément étiologique des plus importants. Le surmenage, la misère paraissent dans une certaine mesure favoriser l'éclosion de la maladie.

Depuis longtemps, les auteurs ont noté la multiplication des méningites sous les influences saisonnières. Le moment de prédilection pour l'éclosion de la maladie est la période froide de l'année, surtout les mois d'hiver, sans que cependant il y ait une relation absolue avec la température et l'humidité. La Russie, l'Allemagne, la Suède, l'Amérique ont presque exclusivement des épidémies d'hiver. En France, on trouve sur 63 épidémies 24 d'hiver, 7 d'hiver et printemps, 9 de printemps.

La contusion du crâne a été signalée par Leyden et Goldscheider comme cause prédisposante. Pendant l'épidémie de Glasgow, Mackenzie et Martin ont signalé un début très net de méningite cérébro-spinale survenu après une chute sur la tête, chez un vieillard de soixante-trois ans.

Causes déterminantes. — C'est l'infection des méninges par le méningocoque ou *diplococcus meningitidis intra-cellularis* de Weichselbaum. Le rhino-pharynx est la porte d'entrée de l'infection et l'habitat ordinaire du méningocoque. C'est de là qu'il peut envahir la base du crâne.

Ici, le vieillard semble mieux défendu que le jeune sujet, parce que les communications lymphatiques naso-méningées directes à travers la lame criblée de l'ethmoïde, très développées dans le premier âge (Cunéo et Marc André), régressent dans la suite et qu'il n'en reste presque plus trace chez l'adulte.

Toutefois, la voie ethmoïdale n'est pas la seule et l'invasion des méninges peut s'opérer aussi bien par les pores du sphénoïde ou par les voies vasculaires qui passent du naso-pharynx dans le crâne, au voisinage de la selle turcique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomo-pathologiques sont peu différentes de celles du jeune sujet.

La dure-mère crânienne est distendue, et ses sinus sont gorgés de sang. L'arachnoïde est transparente ou dépolie, poisseuse. Les espaces sous-arachnoïdiens sont remplis de pus ou de liquide séro-purulent, qui infiltre la pie-mère. Le pus siège à la convexité des hémisphères sur laquelle il forme une nappe « calotte de beurre » ou des îlots ou des traînées qui suivent les scissures, descendent le long du canal rachidien. Fréquemment le pus s'accumule dans les espaces sous-arachnoïdiens au niveau du renflement lombaire, surtout à la partie postérieure de la moelle. Ça et là se voient sur la dure-mère des plaques hémorragiques.

Après ablation de la dure-mère on voit les circonvolutions cérébrales un peu aplaties, molles ; les ventricules latéraux sont dilatés, remplis d'une bouillie grisâtre. La surface de la moelle est fréquemment le siège d'une inflammation interstitielle.

Des traînées de pus s'étendent le long des nerfs

craniens, dans l'orbite, vers l'oreille et la lame criblée de l'ethmoïde.

Formation d'un abcès cérébral. — Dans une de nos observations (observation Bonnamour) nous remarquons la formation d'un abcès cérébral, et l'on a pu suivre, sur les coupes macroscopiques et microscopiques du cerveau, le passage de l'inflammation d'abord des méninges à la substance cérébrale, puis l'ouverture de l'abcès ainsi formé dans le ventricule cérébral. Ceci est intéressant à rapporter à l'évolution clinique de la méningite cérébro-spinale du vieillard. Tant que l'inflammation est restée localisée aux méninges, les symptômes sont restés latents, tandis qu'il semble bien que les symptômes cérébraux aient débuté avec l'arrivée du pus dans le ventricule postérieur.

L'examen histologique montre une zone inflammatoire circonscrivant les points abcédés, où l'on voit une désintégration de la substance corticale.

Les autres organes présentent les lésions suivantes :

Le cœur est flasque.

Le foie et la rate sont congestionnés.

Les reins présentent fréquemment des lésions de sclérose.

Les bronches et la trachée remplies de mucosités purulentes, les poumons sont parfois le siège d'une pneumonie fibrineuse.

Schlesinger signale le cas deux fois noté par lui chez des sujets âgés, et une fois chez un enfant, d'une soudure circulaire des méninges empêchant à la ponc-

tion, l'issue de tout liquide. On peut se demander si ces ponctions blanches ne seraient pas plus simplement dues à la consistance trop grande de l'exsudat purulent, qui ne pouvait s'écouler à travers l'aiguille.

SYMPTOMATOLOGIE

La méningite cérébro-spinale du vieillard présente une allure clinique très variable suivant les cas. Tantôt les symptômes sont nets et caractéristiques, différant peu de ceux du jeune âge et imposant le diagnostic, mais ceci est la très rare exception. La plupart du temps elle revêt un type très différent, à symptomatologie particulière. C'est cette forme que, pour employer la terminologie usuelle, nous appelons forme anormale, que nous décrirons après avoir brièvement parlé de la forme classique.

FORME CLASSIQUE

La maladie survient subitement ou après un stade de début très court, marqué par un malaise intense, des vomissements, l'apparition d'une céphalée très vive et l'élévation prompte de la température.

Puis les signes méningés apparaissent : raideur de la nuque et d'autres muscles, difficulté des mouvements. Des paralysies des nerfs craniens, du facial, des nerfs oculaires peuvent être des symptômes précoces (Schlesinger).

Le pouls est ordinairement accéléré, souvent irrégulier, la perte de la connaissance est de règle. On note des troubles vésicaux et rectaux.

De l'herpès labial et facial se développe avec une grande extension, parfois aussi des éruptions purpuriques ; on peut noter des douleurs articulaires.

Puis dans le cours de la maladie, apparaissent de temps à autre des convulsions, de la monoplégie, une hémiplégie ; la fièvre reste longtemps élevée, sans rémission.

Après des poussées de fièvre et des rémissions des phénomènes paralytiques, au bout d'un temps plus ou moins long, la guérison survient ou bien le cours est progressif jusqu'à la mort.

FORME ANORMALE

1^o Type sénile de la méningite cérébro-spinale. — Les atrophies anatomiques, la sénescence des cellules corticales dues à l'involution sénile, les méiopragies fonctionnelles des éléments épithéliaux, glandulaires, musculaires, concourent à modifier les aptitudes réactionnelles du vieillard vis-à-vis des agents morbifiques, l'âge imprime un cachet tout particulier à une série de lésions ou de maladies. La méningite cérébro-spinale, bien au contraire, n'y fait pas exception avec sa symptomatologie plus floue, à ensemble moins caractéristique ; et cette forme dite anormale que nous allons étudier paraît bien être la règle, et mérite d'être décrite comme *le type sénile de la méningite cérébro-spinale chez le vieillard.*

L'individu n'a pas dépassé l'âge de soixante ans, sans jamais avoir été malade, sans jamais avoir brulé les étapes de sa vie et joint aux causes normales d'affaiblissement croissant de l'énergie vitale, l'action adultérante de poisons ou de toxines hétérochtones. (Pic et Bonnamour). Parfois c'est un artérioscléreux, bien souvent un arthritique.

A la suite d'une cause occasionnelle, d'un chagrin, d'un surmenage, il se sent pris d'un léger malaise, ne l'empêchant pas de vaquer à ses occupations coutumières, mais s'accompagnant d'un état général médiocre. Ses actes n'ont plus la même spontanéité, il reste sombre et taciturne au milieu de ceux qui l'entourent.

La céphalée survient alors, légère et insidieuse d'abord, mais tenace, pouvant souvent présenter l'allure et le siège d'une névralgie du trijumeau. Elle peut presque passer inaperçue chez un individu habitué à la souffrance. Mais, de jour en jour plus douloureuse, elle oblige le malade à s'aliter. Elle s'accompagne, en général, de vomissements sans caractères spéciaux. Symptômes jusque là peu inquiétants, mis sur le compte d'une infection saisonnière légère. Cet état peut durer un certain temps : quinze jours dans notre observation II, sans autre modification qu'une céphalée très intense et continue, et un malade très prostré qu'en règle générale c'est à ce moment qu'on est appelé à examiner.

La maladie peut évoluer d'une façon apyrétique (Schlesinger); dans la plupart de nos observations, nous notons une température peu élevée; toutefois, si

on la prend plusieurs fois dans la journée, on constate qu'elle varie d'un moment à l'autre ; ces variations peuvent être d'une grande amplitude, un degré et même plus, et dans les premiers jours de la maladie, cette constatation est un signe important pour le diagnostic. La fréquence du pouls est sensiblement augmentée, mais ses caractères ne sont pas, ou peu modifiés. Une légère raideur de la nuque, qui doit être recherchée avec grande attention, pour éviter des erreurs de diagnostic chez le vieillard souvent rhumatisant (obs. III), peut être constatée ; mais ce signe, capital chez l'enfant et l'adulte, fait défaut à cet âge dans une grande partie des cas. Souvent aussi le malade tousse, l'auscultation permet d'entendre des râles de bronchite et, à côté, d'autres râles plus fins. Les urines sont rares, chargées ; l'examen y décele fréquemment de l'albumine, des leucocytes, des cylindres.

Puis, la torpeur du malade augmente ; il répond avec difficulté aux questions qu'on lui pose ; la parole est embarrassée ; il tombe bientôt dans un état soporeux voisin du coma ou même dans un coma complet. Dans nos observations I et III, nous notons un délire violent s'accompagnant d'agitation démesurée, de mouvements désordonnés, de soubresauts tendineux, et nous notons que ce paroxysme délirant existe sans qu'il y ait exacerbation d'autres symptômes, notamment de la fièvre ; cette forme délirante est, comme dans les autres maladies aiguës du vieillard, d'un pronostic très grave.

En général, on ne note pas d'hyperesthésie cutanée,

peu de contracture ; les réflexes sont abolis dans la majorité des cas. On ne note pas de signe de Babinski. La raideur de la nuque et de la colonne dorso-lombaire, marquée à cette période de la maladie quand elle existe, peut encore faire défaut. Schlesinger signale un cas où, après avoir été très nette au début de la maladie, la raideur de la nuque allait en rétrocedant dès la première semaine, bien que la ponction lombaire ait affirmé le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Par contre, le signe de Kernig est toujours très net et parfois très précoce. Tout au moins, dit Schlesinger, un signe qu'il considère comme analogue au Kernig et très facile à rechercher. Il s'agit d'une douleur très vive dans la flexion de l'articulation de la hanche quand la jambe est étendue.

Parfois le coma est intermittent. Après avoir été complet chez la malade de notre observation I pendant toute une journée, le lendemain la malade était un peu réveillée pour retomber à nouveau. Ce fait, joint à de l'albuminurie, empruntait une symptomatologie semblable à celle de l'hématome de la dure-mère.

Les signes oculaires sont d'ordinaire précoces (obs. II et IV), car l'infection méningée se propage le long des gaines du nerf optique à la même période et de la même façon qu'au niveau du cerveau ou de la moelle. Elle atteint simultanément les méninges cranio-rachidiennes et les gaines optiques ; et la latence des réactions méningées du vieillard peut faire que les signes oculaires soient dans les tout premiers sym-

ptômes de la maladie. C'est ainsi que nous notons de la douleur à la pression des globes oculaires, du ptosis ; les pupilles réagissent mal ou pas du tout à la lumière ; on trouve du nystagmus circonscrit, de la paralysie de la III^e paire. Le ventre est souple, sans rétention de matières (obs. II) ou, au contraire, la constipation est opiniâtre (obs. III).

Dans aucune de nos observations, il n'a été constaté d'herpès, alors que Schlesinger en aurait observé dans la plupart des cas ; pas plus que d'éruptions purpuriques fréquentes au dire des auteurs américains. Her-rick en a noté jusque dans 50 pour 100 des cas.

Puis, brusquement, dans cette maladie à allure trainante, où les symptômes sont à peine précisés, les événements se précipitent. La respiration est stertoreuse, réalisant souvent le type de Cheyne-Stokes. La rigidité musculaire est très marquée, sans opisthotonos ; des crises convulsives apparaissent, il existe de l'incontinence sphinctérienne ; le coma est complet. La mort survient alors en quelques heures, en quelques jours.

2^o Forme à début apoplectiforme. — Schlesinger signale le cas d'une méningite ayant débuté par un ictus apoplectiforme. Il s'agissait d'une vieille femme de soixante-dix ans, bien portante jusqu'alors, qui fut frappée pendant une visite à l'église. Elle fut amenée dans son service sans connaissance, avec une rigidité modérée de la nuque, et une hémiplegie gauche. La température était peu élevée ; le diagnostic fut posé à l'autopsie.

Dans notre observation IV (obs. Reiche), il semble bien, d'après les résultats de l'autopsie et l'histoire de la maladie, qu'un ictus en ait marqué le début.

L'état de maigreur extrême qui s'observe d'ordinaire chez les jeunes individus est rare à cet âge. Schlesinger ne l'a noté qu'une fois chez une vieille femme, qui était, il est vrai, d'une maigreur squelettique.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

L'étude de la symptomatologie nous montre combien le diagnostic clinique peut être rendu difficile. Ce diagnostic doit comprendre deux étapes successives.

1° Il faut reconnaître l'existence d'une méningite en éliminant successivement les différentes affections susceptibles de donner lieu aux mêmes syndromes morbides.

2° Il faut déterminer la nature de la méningite et l'agent pathogène en cause.

Trois maladies infectieuses dans lesquelles les méninges sont fort saines ou peu altérées, peuvent simuler la méningite cérébro-spinale. Ce sont : la pneumonie, la fièvre typhoïde et la grippe. En plus, et pour compléter la ressemblance, nous y retrouverons l'insidiosité, propre au vieillard, du début anatomique, les mêmes symptômes estompés.

La pneumonie, lorsqu'elle survient chez un vieillard débilité, peut s'accompagner de torpeur cérébrale et même de coma ; d'autre part, le délire et

l'agitation sont souvent très marqués et parfois plus frappants que les signes thoraciques. La dyspnée de la pneumonie peut se voir dans la méningite cérébro-spinale ; on a noté dans certaines pneumonies du signe de Kernig. Charcot a signalé des formes pneumoniques algides, et d'autres où un ictus marque le début de la maladie. Enfin, pneumonie et méningite cérébro-spinale peuvent coïncider. Seule la ponction lombaire peut renseigner sur l'état des méninges.

Dans la **fièvre typhoïde**, on note le même début lent, insidieux, que dans la méningite ; les prodromes persistent longtemps. La fièvre peut manquer pendant tout le cours de la maladie, mais la lenteur et le dicrotisme du pouls est un bon élément de diagnostic différentiel. Enfin, la céphalée des méningitiques est beaucoup plus intense que celle des typhiques ; les vomissements sont rares dans la fièvre typhoïde ; la diarrhée manque dans la méningite.

La grippe, dans sa forme nerveuse, présente des symptômes qui offrent une grande analogie avec ceux de la méningite. Ce sont, en particulier, la douleur de tête, le sentiment de brisement, le délire ; les vomissements n'y sont pas rares. Les épidémies de grippe ont, à maintes reprises, coïncidé avec celles de méningite cérébro-spinale. Enfin, la grippe peut s'accompagner de lésions suppurées des méninges.

Le diagnostic différentiel doit se faire aussi d'avec la plupart des comas, d'avec certaines maladies du cerveau. Dans les comas apoplectiques, saturnins,

diabétiques, urémiques; l'absence de fièvre est la règle.

Dans le *coma apoplectique* les symptômes sont presque identiques; même début sournois, mêmes troubles prodromiques : céphalée tenace, parole embarrassée, somnolence croissante aboutissant au coma, coma intermittent comme nous venons de le voir. Myosis, vomissements, albuminurie se retrouvent dans la méningite sénile. Les ecchymoses sous-conjonctivales, le pouls ralenti et dur (pouls cérébral) ne peuvent seuls faire le diagnostic; il faut avoir recours à la ponction lombaire.

Dans le *coma diabétique*, l'acétone doit être recherchée.

Les antécédents, la teinte terreuse des téguments, le liseré ardoisé au collet des dents, feront le diagnostic du *coma saturnin*.

Le diagnostic dans le *coma urémique* ne peut se faire que par la ponction lombaire, car la notion d'une néphrite antérieure ne suffit pas (observation I), de même que l'hypertension ou le Cheyne-Stokes. Dans la même observation, nous voyons encore que la présence d'une grande quantité d'urée dans le sang (3 gr. 60 par litre), n'est pas un signe certain d'urémie et que l'on peut en trouver dans la méningite comme dans d'autres états infectieux.

Les maladies du cerveau dont les symptômes présentent une grande analogie avec la méningite sénile sont : l'abcès du cerveau, l'hémorragie cérébrale, le ramollissement cérébral.

Dans l'*abcès du cerveau*, il y a de la fièvre à grandes

oscillations, et aussi des phénomènes de localisation plus marqués que dans les méningites. Mais dans bien des cas, le diagnostic reste incertain, que seule la ponction lombaire peut trancher.

Dans l'*hémorragie cérébrale*, le diagnostic différentiel devient bien difficile du fait que nous avons vu (obs. Reiche et obs. Schlesinger) que la méningite cérébro-spinale peut débiter par un ictus avec hémiplégie et que les symptômes en sont les mêmes. D'autre part, l'hémorragie ventriculaire se manifeste par des accidents affectant une évolution progressive sans ictus, avec des prodromes semblables à ceux de la méningite. Ici encore la ponction lombaire est le meilleur élément de diagnostic.

Dans le *ramollissement cérébral*, nous retrouvons les mêmes difficultés de diagnostic, car il peut débiter brusquement par un ictus et une hémiplégie. Mais dans le type différencié par Marie et Ferrand et résultant d'artérite chronique non oblitérante, le début est le même que celui de notre observation II. Malade artério-scléreux, ictus ancien, léger et fugace, absence de troubles sensitifs, de contracture, pas d'aphasie, légère dysarthrie. Le diagnostic différentiel serait impossible sans la ponction lombaire, puisqu'il ne pourrait, et bien trop tardivement, ne nous être révélé que par la marche de la maladie.

Le diagnostic de méningite posé, le problème entre méningite cérébro-spinale et méningite tuberculeuse se pose à son tour, la sénilité venant encore ici augmenter la confusion en atténuant tous les symptômes de la maladie. Les antécédents du malade, un poul

dissocié d'avec la température, une respiration suspirieuse, de la bradycardie irrégulière, une attitude hostile, le décubitus en *chien de fusil*, de l'explosion de temps à autre d'un cri à allures hydrencéphaliques, la constipation opiniâtre avec rétraction du ventre, l'abolition des réflexes rotuliens peuvent préciser le diagnostic. Enfin un signe important du diagnostic différentiel, c'est la cachexie et l'amaigrissement énorme du malade (Pic et Bonnamour).

Quelques signes peuvent orienter le diagnostic d'avec la méningite otitique. L'existence d'une otite ancienne ou d'une mastoïdite, une paralysie du facial, du moteur oculaire externe, ou des troubles unilatéraux de l'oreille siégeant du même côté que l'otite, feront penser à la méningite otogène. Mais ici encore, devant des caractères cliniques qui peuvent être inconstants, l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien est nécessaire.

Les autres méningites aiguës ressemblent fort à la méningite cérébro-spinale, et les rares distinctions que l'on peut faire entre elles, ne sauraient suffire pour poser un diagnostic.

De tout ce qui précède, résulte cette conclusion, que le plus souvent les seules ressources de la clinique ne nous permettent pas de diagnostiquer avec certitude la méningite chez le vieillard et que la ponction lombaire s'impose dans tous les cas.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE

Le diagnostic bactériologique comprend la ponction lombaire avec étude du liquide céphalo-rachidien, et la pratique de certaines réactions biologiques.

PONCTION LOMBAIRE ET ÉTUDE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

La ponction lombaire doit être pratiquée dès que chez un vieillard l'on soupçonne une réaction méningée. Elle seule est capable, en permettant l'examen du liquide céphalo-rachidien, de préciser les données incertaines de la clinique, et d'établir fermement un diagnostic précoce, pouvant permettre à une thérapeutique active d'intervenir dans les conditions les meilleures.

Dans la méningite cérébro-spinale, le liquide obtenu par la technique habituelle est toujours purulent. Jamais on ne trouve de liquides clairs si fréquents, d'après Netter, dans le jeune âge.

L'examen *macroscopique* du liquide purulent, trouble ou très épais, a une grande valeur au point de

vue du diagnostic. Il est bien rare, en effet, que la méningite tuberculeuse donne un liquide franchement trouble. Au contraire, les méningites suppurées, dues aux divers germes pathogènes, présentent un liquide ressemblant beaucoup à celui de la méningite cérébro-spinale. Cependant, l'aspect du pus est un peu différent, la couleur en est plus grise, la consistance en est moins homogène, plus pulvérulente; en aucun cas, ce dépôt n'a la consistance visqueuse et la couleur verdâtre si particulières du pus méningococcique. Tout à fait nets pour un œil exercé (Netter), ces indices ont le grand intérêt de permettre un diagnostic hâtif.

L'*examen histologique* de ce liquide permettra de constater une forte prédominance de leucocytes polynucléaires altérés, puis des lymphocytes et enfin de grands éléments mononucléaires. Mais pour porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale avec certitude, il faut déceler le microbe spécifique, le méningocoque de Weichselbaum. Son diagnostic repose sur les éléments suivants :

1° La constatation de sa présence dans les leucocytes (diplocoques en grain de café).

2° Sa réaction négative vis-à-vis de la méthode de Gram.

3° Sur le fait qu'il se cultive peu sur les milieux ordinaires, tandis que sur les milieux contenant du sérum ou du sang, il donne des colonies à caractères spéciaux.

Enfin l'*étude chimique* montre une dose d'albumine élevée, plus élevée que dans la méningite tuberculeuse; un abaissement de la teneur en sucre et en

chlorures, plus abaissés encore dans la méningite tuberculeuse.

RÉACTIONS BIOLOGIQUES UTILES AU DIAGNOSTIC

Malgré tout, le liquide céphalo-rachidien examiné, lorsque les germes pathogènes sont absents ou extrêmement rares, peut ne donner que des résultats insuffisants. C'est surtout dans ces circonstances, que certaines réactions biologiques seront d'un puissant secours pour le diagnostic.

Ces réactions sont : les réactions d'agglutination, de précipitation, et la recherche du pouvoir opsonique. On peut y joindre certaines recherches pratiquées au laboratoire et d'importance beaucoup moindre : l'étude de la formule hématologique, et la mise en culture du sang.

EPREUVES D'AGGLUTINATION. — C'est l'agglutination du méningocoque par le sérum du malade. L'agglutination au 1/100^e, seule, doit être considérée comme ayant grande valeur. Rare dans les premiers jours, elle est à peu près constante au bout d'une semaine ; elle manque volontiers dans les formes chroniques. Cette réaction n'a ni la netteté, ni la constance de celle des infections typhiques. Cependant, sa constatation a un grand intérêt, car elle ne se rencontre pas dans d'autres états pathologiques, et servira dans les cas de méningite suppurée où l'on ne peut mettre en évidence l'agent pathogène.

POUVOIR OPSONIQUE DU SÉRUM SANGUIN. — Le pouvoir opsonique du sérum sanguin est très accentué, vis-à-vis du méningocoque, dans la méningite cérébro-spinale. On conçoit l'intérêt d'une pareille recherche, au cours de cette maladie. La technique est celle de Wright et Douglas.

Les remarques signalées à propos de l'agglutination sont ici les mêmes, mais la constatation simultanée d'une agglutination positive et d'un indice opsonique élevé, impose le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

PRÉCIPITO-RÉACTION. — On peut constater avec le liquide céphalo-rachidien une réaction de précipitation (Vincent et Belot), qui permet pour ainsi dire de relever les empreintes du microbe pathogène.

Le liquide céphalo-rachidien est éclairci par centrifugation. A cent gouttes de ce liquide, on ajoute II à V gouttes de sérum précipitant. Ce mélange est mis à l'étuve à 50 degrés pendant 8 à 14 heures. Dans le cas de méningite cérébro-spinale, le mélange devient louche ou opalescent. Mais la précipito-réaction n'a qu'une valeur relative, car le liquide céphalo-rachidien simplement exposé à l'étuve peut se troubler; d'autres méningites peuvent déterminer un trouble, et dans des cas de méningites confirmées, la précipitation est souvent douteuse:

L'étude de la formule hématologique ne peut donner ici d'indication, car l'hyperleucocytose sanguine, de règle chez l'enfant et l'adulte, fait défaut chez le vieillard (Reiche).

Certaines complications sont dues à la présence même, dans les tissus, du méningocoque charrié par le torrent circulatoire, aussi la mise en culture du sang pourrait donner des résultats; nous n'en relatons qu'un cas qui a été négatif.

PRONOSTIC

La méningite cérébro-spinale chez le vieillard semble revêtir un caractère de gravité inconnu aux autres âges de la vie.

Alors que chez l'enfant de moins de deux ans la mortalité due à cette maladie est de 42,3 pour 100, que chez celui de trois à cinq ans elle est de 26,7 pour 100, que chez l'adulte elle est de 39,4 pour 100, chez le vieillard elle serait, d'après Schlesinger, de 80 pour 100.

Dans les six observations que nous publions, chaque fois la terminaison a été fatale.

L'allure clinique; l'étude du liquide céphalo-rachidien retiré par les premières ponctions lombaires, si importante au point de vue du diagnostic, ne fournissent aucune indication quant au pronostic.

Par lui-même, il est vrai, l'âge comporte un pronostic réservé, mais l'élément de pronostic de beaucoup le plus important est la précocité avec laquelle le diagnostic est fait. Il semble que chez le vieillard l'allure insidieuse et particulière des prodromes n'attire pas assez l'attention, et dès que des symptômes nets

apparaissent, la maladie prend un caractère de gravité qui ne permet plus d'espérer. Mais si, dès le début, la ponction lombaire était pratiquée et le traitement rapidement institué, on pourrait espérer, comme chez les sujets plus jeunes, rendre moins inéluctable l'évolution presque toujours fatale à cet âge de la vie.

TRAITEMENT

Le traitement de la méningite cérébro-spinale du vieillard se résume dans la ponction lombaire, suivie d'injection de sérum antiméningococcique.

La ponction lombaire, surtout utilisée pour le diagnostic, a été tout d'abord employée par Quincke comme moyen curatif.

Schlesinger, chez plusieurs de ses malades, a observé, à la suite de cette ponction, une rémission rapide de la fièvre et une amélioration manifeste de l'état général, qui s'expliquent, d'une part, par une diminution de la compression cérébrale et, d'autre part, par la soustraction à l'organisme d'une certaine quantité d'agents pathogènes.

Mais, c'est là une ressource thérapeutique à laquelle on ne peut plus se borner : toute méningite cérébro-spinale est justiciable de l'emploi du sérum antiméningococcique. L'injection de sérum sera intrarachidienne, mais cependant il est des cas où la sérothérapie intraveineuse est indiquée à employer seule ou associée.

Dans les cas d'injections intrarachidiennes on se conformera aux règles suivantes :

1° Injecter du sérum dès que le liquide paraît trouble sans attendre la réponse du laboratoire;

2° Injecter systématiquement le sérum trois ou quatre jours de suite, alors même que des modifications très favorables apparaissent dès la première injection;

3° Après ces injections répétées, systématiques, on se guide, pour les nouvelles injections, sur les symptômes locaux, généraux et surtout les caractères du liquide.

La dose de sérum sera de 20, 30, 40 centimètres cubes suivant les cas. La règle générale est d'injecter à peu près autant de sérum qu'on retire de liquide céphalo-rachidien. En présence de symptômes graves on fera deux injections par jour. Enfin, il est indispensable de continuer les injections de sérum, tant que le liquide céphalo-rachidien renferme des méningocoques.

L'injection intraveineuse de sérum antiméningococcique sera tentée suivant la technique précisée par Stone et Truitt, associée à la sérothérapie intrarachidienne, lorsque malgré cette dernière, on n'obtiendra pas de rémission des symptômes morbides.

Elle sera pratiquée seule dans les cas où la ponction lombaire ne donnera issue à aucun liquide à cause de la trop grande consistance de l'exsudat ou dans le cas de méningite cloisonnée (thèse de Lapierre).

Les enveloppements chauds du tronc et des membres ont une action calmante des douleurs. Ils sont à employer chaque jour pendant une heure.

Les bains chauds, suivant la méthode d'Aufrecht,

qui donnent chez l'adulte et l'enfant de si bons résultats, sont contre-indiqués chez les vieillards, parce qu'ils augmentent leur fatigue.

Comme thérapeutique symptomatique contre le mal de tête, on peut employer le pyramidon 0 gr. 30; la caféine 0 gr. 10; la dionine 0 gr. 015.

L'argent colloïdal employé en friction contribue à atténuer la fièvre et les accidents généraux.

L'urotropine (dose 2 à 3 grammes en six prises dans les vingt-quatre heures) peut être administrée comme antiseptique, car ce médicament passe dans le liquide céphalo-rachidien.

Les malades doivent être soumis à une alimentation régulière.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(MM. Bonnamour et Colrat, malade de l'hospice des Vieillards).

Il s'agit d'une malade de soixante-douze ans. Entrée le 22 juillet 1919 dans le service du D^r Bonnamour. Cette malade est entrée au Perron à l'âge de soixante ans, elle signale dans ses antécédents quelques crises espacées de coliques hépatiques.

La malade présente le 22, au soir, un malaise général avec température à 39 degrés et vomissements.

Le lendemain matin elle allait mieux, mais le surlendemain, 24 juillet, après une nuit agitée, elle entre brusquement dans un coma complet avec mouvement des membres supérieurs, incontinence des urines et des matières.

A l'examen du 25 juillet, la malade est un peu réveillée, on note un facies vultueux, pas de paralysies, réflexes normaux, pupilles en mydriase, cœur hypertrophié avec pointe dans le V^e espace en dehors de la ligne mamelonnaire.

Au point de vue de la sensibilité, hyposthésie cutanée, mais douleur à la pression profonde des os, réflexes plantaires en extension. Gros disque d'albumine.

La malade retombe dans le coma le soir du même jour. L'examen du lendemain (26 juillet) montre une respiration stertoreuse, sans Cheyne-Stokes véritable. Myosis du côté droit, nystagmus latéral, pas de contractures, pas de

signes de méningite, pas de raie méningitique. On fait une saignée de 300 grammes. On pratique une ponction lombaire, mais on ne peut retirer de liquide bien que l'aiguille soit manifestement en place. La malade présente des tendances syncopales. On est obligé de retirer l'aiguille, elle meurt le même jour à 13 h. 30.

Le dosage de l'urée dans le sang, fait par M. Métroz, montre une élévation énorme du taux de l'urée, 3 gr. 60 d'urée par litre.

A l'autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — Poux sains, le cœur hypertrophié présente quelques végétations anciennes sur les sygmoïdes aortiques. Les reins sont un peu gros, leur substance corticale est blanchâtre, la capsule est adhérente et épaisse.

En soulevant le cœcum, on trouve une tumeur dure constituée par l'appendice très augmenté de volume. L'appendice est divisé en deux parties : sa base augmentée de volume atteint le diamètre du pouce, puis une dilatation brusque lui succède atteignant les dimensions d'un œuf et occupant la portion cœcale de l'appendice. Cette tumeur semble remplie de liquide, il n'existe certainement aucune communication entre les cavités cœcales et appendiculaires. Les parois sont unies, lisses, sauf à la partie inférieure où il existe une infiltration qui semble crétacée.

La tumeur est sans adhérence, il n'y a pas de trace de péritonite dans le voisinage. Gros fibro-myome utérin de transformation calcaire, ovaire scléreux.

Système nerveux. — A l'ouverture de la dure-mère il s'écoule une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien trouble. La pie-mère est largement adhérente sur les côtés. A la surface du cerveau, on note quelques traînées purulentes autour du bulbe et au début de la moelle.

A un examen superficiel, on constate une dépression au niveau de l'union du lobe occipital et du lobe pariétal gauche. Le cerveau a été durci au formol, rien de particulier à la coupe du cervelet, du bulbe et de la protubérance.

Au niveau de la dépression signalée plus haut, on voit à la superficie un affaissement de la substance grise. Sur les coupes de Pîtres, rien au niveau du lobe frontal ni du lobe temporal. Les coupes partant au niveau de l'affaissement montrent, en allant de dehors en dedans, à la superficie, une couche de pus de 1 centimètre environ avec ramollissement sous-jacent. Plus profondément, abcès intracérébral et enfin ventricule très dilaté (extrémité postérieure) rempli d'une bouillie grisâtre, au milieu de laquelle se voient les plexus choroïdes.

Du côté de l'hémisphère droit, le ventricule est très dilaté, ses parois sont épaissies, il contient une bouillie grisâtre, mais il n'y a pas d'abcès périphérique. En résumé il semble qu'il se soit produit à la convexité, à l'union des lobes occipital et pariétal, un petit abcès purulent qui a pénétré à l'intérieur du cerveau, a formé un abcès intracérébral et est venu s'ouvrir dans le ventricule postérieur.

Le liquide céphalo-rachidien recueilli au niveau du bulbe a été étalé et coloré, on note l'existence au sein de polynucléaires très altérés de bacilles en forme de grains de café. La plupart sont intracellulaires.

L'examen biologique d'un fragment de rein montre une sclérose ancienne très marquée avec transformation fibreuse de nombreux glomérules. Mais on note, en outre, l'existence d'un processus aigu en voie d'activité. Capillaires extrêmement dilatés avec exsudations de nombreux éléments inflammatoires autour des glomérules et entre les tubes.

En résumé : diagnostic clinique, néphrite chronique, deux crises comateuses à trois jours d'intervalle sans hémiplégie avec anesthésie complète à la douleur et persistance de la sensibilité musculaire et osseuse.

Autopsie. — Néphrite chronique avec processus récent en voie d'activité ; lithiase biliaire ancienne ; hydro-appendicite et méningite cérébro-spinale à méningocoque.

L'examen du foyer de ramollissement cérébral est fait

sur une coupe allant de la corticalité au ventricule postérieur.

On note tout d'abord un léger épaississement de la pie-mère avec infiltration de cellules inflammatoires et dilatation des capillaires.

La substance cérébrale sous-jacente est enflammée elle aussi et l'on note le long des capillaires une exsudation leucocytaire marquée qui forme une gaine aux vaisseaux.

Ceux-ci sont d'ailleurs dilatés. A noter également l'existence de points hémorragiques dans la substance cérébrale. On arrive enfin à des points abcédés et l'on voit une désintégration de la substance corticale.

La partie de la coupe opposée à la méninge est formée par le ventricule dont la paroi est reconnaissable.

OBSERVATION II

(MM. Chappet et Bonnamour, observation de clientèle).

M..., soixante-six ans, employé au Crédit Lyonnais. Léger ictus il y a six ans, surmenage depuis la guerre.

Pendant quinze jours, céphalée frontale très vive, augmentant chaque jour.

Brusquement, brouillard devant les yeux, cécité incomplète, photophobie. Puis une nuit, en se levant, le malade fait une chute, le lendemain il était dans un demi-coma.

16 juin. — Pas de changements, le malade est toujours dans un demi-coma, il répond juste aux questions qu'on lui pose et se plaint de sa tête. A eu un vomissement, pas d'hémiplégie, contracture légère des muscles quand on le bouge. Pas de raideur franche de la nuque. Douleur à la pression des globes oculaires, signe de Kernig très net, le malade pour s'asseoir ne peut étendre ses jambes.

Ventre souple, rien au foie ni à l'abdomen, langue très saburrale, pas d'herpès.

Pas de gros cœur, léger galop. Pouls régulier, pas de tension forte, pas de tachycardie.

Température 38°9.

Rien au poumon, pas de Cheyne-Stokes.

Urines rares, rouges, disque léger d'albumine.

Ponction lombaire, on retire 30 centimètres cubes de liquide sous faible pression, franchement trouble, jaunâtre, avec de nombreux dépôts fibrineux. L'examen cytologique révèle une polynucléose à peu près exclusive et de nombreux méningocoques intracellulaires.

17 juin. — Le coma est de plus en plus profond, respiration stertoreuse.

Urines rares et constipation. Pupilles dilatées, raideur généralisée. Le pouls est petit, irrégulier, la température est au voisinage de 40 degrés.

La nouvelle ponction avec injection de sérum, décidée la veille, est jugée inutile.

Mort le 18 juin.

En résumé : méningite cérébro-spinale révélée par la ponction chez un vieillard de soixante-six ans, artérioscléreux, ne se manifestant que par une céphalée simple, très vive pendant quinze jours, puis par des troubles oculaires et évoluant dès ce moment en trois jours. Pas de raideur de la nuque.

OBSERVATION III

(David, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 15 février 1908).

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, ancien portefaix, entré le 7 janvier 1908 dans le service du professeur Desplats. Il avait beaucoup souffert du froid, avait les pieds à demi-gelés et se plaignait de raideur douloureuse de la nuque. La température était à 38°4, on notait simplement un peu de céphalée, absence complète de délire, mais seulement une agitation particulière qui empêchait le malade de tenir en place.

On crut tout d'abord à quelque poussée de rhumatisme, on fit le traitement habituel. Il ne se produisit aucune amélioration et en présence d'un résultat aussi négatif, en raison de la raideur de la nuque, qui allait en s'accroissant, une ponction lombaire fut pratiquée le 12 janvier.

Elle montra clairement qu'il s'agissait d'une réaction méningée aiguë. Un examen clinique plus serré indiqua : céphalée légère, douleur surtout intense au niveau de la nuque, agitation marquée, le malade veût à tout instant se lever. Subdélire continu. Pas de vomissements.

Raideur de la nuque très accentuée. Les signes oculopapillaires manquent parce que le malade a perdu un œil. Le signe de Kernig est nettement positif. Les réflexes rotuliens sont absents, le signe de Babinski fait défaut.

La mort survient le 16 janvier dans le coma.

La température n'avait jamais dépassé 38°5 et s'était à plusieurs reprises abaissée au-dessous de la normale.

L'autopsie ne put malheureusement être faite.

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien montra certains polynucléaires bourrés d'éléments microbiens, en diplocoques ne prenant pas le gram. On était donc en présence d'une méningite cérébro-spinale.

OBSERVATION IV

(Reiche, *Münchener Medizinische Wochenschrift*. Année 1909, p. 1829.)

A..., soixante et un ans, entre dans le service le 7 avril 1909. Diagnostic posé à l'autopsie. En 1892, le malade était tombé d'un haut échafaudage, il s'était fait une fracture du crâne et avait eu cinq côtes enfoncées. Des troubles de la parole, préjudice de ses excès alcooliques ; du strabisme de l'œil droit et une déviation de la colonne vertébrale faisaient de lui presque un invalide. Tels étaient ses antécédents. C'était un gros buveur.

Vers le milieu du mois de mars, il avait fait une chute en

glissant dans un escalier et depuis lors il est couché presque sans connaissance. Toux et expectoration ; parole embarrassée.

Etat actuel. — Thorax immobile, région pulmonaire normale. Râles étendus et éclatants de bronchite des deux côtés ; à côté, des râles plus fins. Cœur normal, pas d'irrégularité. Sensibilité absente, parole embarrassée. Contusions de la tête sans aucun caractère de gravité. Pas de raideur de la nuque, ni dans la position horizontale, ni en rotation. Oreille et fond d'œil normaux. Ptosis droit. Pupille droite largement dilatée, la gauche modérément ; ni l'une ni l'autre ne réagissent à la lumière. Nystagmus circonscrit à droite, parésie des deux droits externes.

Réflexes normaux, pas de Babinski, signe de Kernig positif. Souplesse de la colonne vertébrale, scoliose prononcée à droite, cyphose thoracique, lordose lombaire. Atrophie de la main et du bras. L'urine contenait des traces d'albumine, et le culot de centrifugation des leucocytes, des cellules d'épithélium rénal et des cylindres granuleux.

Température 37°8, 38°2, 38°4, 38 degrés. Pouls 120 à 124.

8 avril. — Température 36 degrés, 37°8, 38°6, 38 degrés. Pouls 120.

Changement apparent, début de rachialgie. Tête et nuque mobiles. Perte de connaissance complète. Toux et expectoration abondante.

Exitus le 9 au matin. Température 38°2.

A l'autopsie. — On trouve un myocarde affaîssi et friable de couleur rouge-brun foncé avec des taches et des traînées jaunes. Rougeur diffuse des bronches recouvertes de mucosités purulentes et abondantes, trachée remplie de mucosités. Léger degré d'atrophie rénale, foie et rate congestionnés. Profond enfoncement des côtes, dû à la fracture relatée dans ses antécédents. Sur le frontal trait de fracture ancien dentelé avec surface recouverte de nombreuses petites

exostoses. Sur le lobe frontal droit, une cavité nette de la grosseur d'une noix, sur le gauche et en dessous, une autre du volume d'une noisette remplie d'une sérosité claire. Petite quantité de pus dans l'oreille moyenne, un peu plus à droite qu'à gauche.

Infiltration purulente des méninges molles, surtout marquée au niveau de la base et de la partie postérieure de la voûte, et ainsi que dans toute l'étendue de la moelle. Dans les ventricules latéraux sérosité trouble, liquide épendymaire coloré et trouble. Substance cérébrale très molle, humide, inondée de sang en certains endroits.

L'examen microscopique du pus montra des diplocoques intracellulaires, ne prenant pas le gram, en forme de petits pains. La culture donna une culture pure de méningocoques de Weichselbaum.

La culture du sang du cœur droit resta stérile.

OBSERVATION V

(Pinault, *les Formes frustes de la méningite cérébro-spinale épidémique*).

Un homme de cinquante-neuf ans entre, le 24 janvier 1887, à l'hôpital de la Piété, dans un état de misère considérable, sans connaissance, sans délire ni agitation. Il ne présente aucune paralysie, aucune contraction, il n'a aucune élévation de température.

Le 25 au matin, même état. Toutefois il paraît entendre et comprendre les questions qu'on lui pose. Il dédaigne de répondre.

C... n'a pas de dyspnée, langue humide et noire, ventre ni ballonné, ni ulcéré; le malade refuse de manger, et boit difficilement.

Le 27, à 8 heures du matin, sans avoir présenté aucune marque d'agitation et de délire ou de paralysie, sans avoir proféré une plainte, il meurt.

Autopsie. — On voit sourdre du pus par le canal de Sylvius. On retrouve ce pus verdâtre, bien lié et très abondant dans tous les ventricules.

OBSERVATION VI

(Raybaud, la *Méningite cérébro-spinale épidémique à Marseille*).

S... M... âgée de soixante-cinq ans entre à l'Hôtel-Dieu, service du professeur Arnaud, dans la nuit du 15 au 16 mai 1901. Elle présente les signes stéthoscopiques d'une pneumonie du sommet droit. Ictère généralisé. La malade est dans un état soporeux, voisin du coma ; mais on réussit à obtenir quelques réponses monosyllabiques. Elle est en outre dans un état de contracture généralisé. Pas de renseignements sur l'évolution antérieure de la maladie.

Décès le 18 mai 1901 sans qu'il y ait eu de modifications dans l'état où elle se trouvait à l'entrée.

A l'autopsie. — On trouve, outre les lésions pulmonaires, une méningite cérébro-spinale, avec exsudats jaunâtres, fibrineux, très épais à la convexité.

CONCLUSIONS

I. — C'est surtout sous forme de cas sporadiques, que l'on a rencontré la méningite cérébro-spinale au delà de soixante ans.

II. — La méningite cérébro-spinale chez le vieillard revêt une symptomatologie spéciale « *Type sénile de Schlesinger* » caractérisée par un début sournois, quelquefois apoplectiforme, par de la céphalée, des vomissements, souvent des troubles oculaires, un coma plus ou moins complet ou intermittent. Le pouls est irrégulier, la fièvre peu élevée. Il peut y avoir quelques paralysies transitoires du Cheyne-Stokes. Le Kernig est précoce et toujours très marqué. La raideur de la nuque est peu accusée et peut faire défaut.

III. — Etant donné la latence des symptômes, et la difficulté du diagnostic, on peut se demander si la méningite cérébro-spinale n'est pas plus fréquente que ne disent les statistiques.

IV. — Lorsque chez un individu ayant dépassé

soixante ans, on est en présence de coma avec signes d'irritation méningée, même frustes, il faut sans hésiter pratiquer une ponction lombaire. Seule elle permettra de trancher le diagnostic, et par une thérapeutique précoce et active, de rendre peut-être moins sombre le pronostic de la méningite cérébro-spinale à cet âge.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PIC

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 novembre 1919

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BONNAMOUR et COLRAT, la Méningite cérébro-spinale chez le vieillard. (Communication à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, 18 novembre 1919.)
- DAVID, Un cas de méningite cérébro-spinale chez un vieillard (*Journal des sciences médicales de Lille*, 15 février 1908).
- ESBACH et LACAZE, Méningite cérébro-spinale chez des adultes âgés (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 décembre 1915).
- NETTER et DEBRÉ, *la Méningite cérébro-spinale* (Masson, 1911).
- PIC et BONNAMOUR, *Précis des maladies des vieillards* (Doin, 1912).
- PINAULT, *les Formes frustes de la méningite cérébro-spinale épidémique* (thèse de Paris 1901).
- RAYBAUD, *la Méningite cérébro-spinale épidémique à Marseille* (thèse de Lyon 1901).
- REICHE, Der senile Typus der übertragbaren Genickstarre (*Münchener medizinische Wochenschrift*, année 1909).
- SCHLESINGER, Über Meningitis Cerebrospinalis epidemica in höheren Lebensalter (*Wiener medizinische Wochenschrift*, année 1908).
- Über Meningitis in Senium (*Neurologisches Centralblatt*, année 1912).
- STONE et TRUETT, Clinical study of meningitis based on two hundred and fifteen cases (*Archives of internal medicine*, 15 mars 1919).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Etiologie	9
Anatomie pathologique	14
Symptomatologie	17
Diagnostic clinique	24
Diagnostic bactériologique	29
Pronostic.	34
Traitement	36
Observations	39
Conclusions.	49
Index bibliographique	51

